

УДК 616.24 -002.1-036

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.103080

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЯ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

© И. В. Авраменко

В статье показаны результаты исследований по поводу выявления гендерно-возрастных особенностей, распространенности, сезонности и течения тяжелой негоспитальной пневмонии. Основной точкой приложения полученной информации должно стать повышение эффективности прогнозирования течения заболевания, улучшение диагностики больных на негоспитальную пневмонию тяжелого течения путем оптимизации оценки клиничко-функционального состояния больных. Опубликованные данные были получены исходя из данных проспективного анализа за год динамического наблюдения за пациентами

Ключевые слова: тяжелая негоспитальная пневмония, возрастные особенности, особенности пневмонии, пневмония, распространенность пневмонии

1. Введение

В последние годы было накоплено достаточно большое количество данных для выработки национальных рекомендаций по ведению больных негоспитальной пневмонией. Главная цель рекомендаций – улучшение диагностики и качества лечения больных пневмонией в амбулаторной практике и стационаре. Авторы рекомендаций обуславливают главные проблемы диагностики и подходы к лечению пневмонии на фоне различных модифицируемых факторов с позиции доказательной медицины

Но внимание авторов привлекла проблема прогнозирования возможных отдаленных последствий у больных во время лечения и после перенесенного заболевания, выявление особенностей предрасполагающих к тяжелому течению.

2. Обоснование исследования

Много лет подряд тяжелая негоспитальная пневмония (ТНП) уверенно удерживает лидирующее место среди инфекций нижних дыхательных путей, привлекая внимание многочисленной научной медицинской общественности [1]. Прежде всего, это связано со значительной распространенностью заболевания [2, 3] и достаточно высоким уровнем смертности [4], и приводит к огромным экономическим убыткам во всех странах мира независимо от уровня их развития [5, 6].

Дополняет проблему частое затруднение своевременной диагностики через частую недостаточность или полное отсутствие анамнестических данных, что обусловлено тяжестью больных при поступлении, запоздалым обращением за медицинской помощью [7].

Лидирующее место в решении проблем ТНП занимают вопросы диагностики [8, 9], выявление возможных «масок» течения заболевания [1, 7] и проблематика рациональной антибиотикотерапии [10]. Однако очень мало внимания уделяется вопросам прогнозирования и выявлению факторов риска тяжелого течения пневмонии.

3. Цель исследования

Определить особенности сезонности и течения тяжелой негоспитальной пневмонии для выявления факторов прогнозирования тяжелого течения, индивидуализации терапевтической программы.

4. Материалы и методы

Обследование проходили пациенты с ТНП, находившихся на стационарном лечении в терапевтических (пульмонологических) отделениях и отделениях интенсивной терапии и реанимации (ОРИТ) трех клинических больниц г. Днепр, а именно 3-х клинических больниц города Днепра: КЗ «Днепропетровская городская клиническая больница № 2» ДОР, КЗ «Днепропетровская городская клиническая больница № 6» ДОР и КЗ «Днепропетровская городская клиническая больница № 16» ДОР, которые являются клиническими базами ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины». После верификации диагноза и проверки пациентов согласно критериям включения/исключения, в исследование было включено 88 пациентов в возрасте от 20 до 82 лет (средний возраст – $47,6 \pm 1,7$ лет) с диагнозом «Негоспитальная пневмония, тяжелое течение». Из них 42 (47,7 %) пациента мужского пола и 46 (52,3 %) – женского пола с $p > 0,05$ между группами. Диагноз устанавливался исходя из критериев утвержденных действующим приказом МЗУ № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» від 19.03.2007 р. [11]. Все пациенты проходили терапию согласно требований национальных протоколов, в проведении ИВЛ не нуждались.

Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от клинической группы течения пневмонии: 1-я группа – пациенты с негоспитальной пневмонией (НП) тяжелого течения 4-й клинической группы (требующие лечения в ОРИТ, без учета объема поражения легочной ткани) – 33 пациента. 2-я группа – пациенты с НП тяжелого течения 3-й клинической группы (с большим объемом пора-

жения легочной ткани – двусторонним, односторонним субтотальным или односторонним массивным полисегментарным поражением легких, проходивших лечение в отделении терапии/пульмонологии) – 55 пациентов.

Учитывая особенности течения ТНП, также проводился детальный анализ учитывая разделение по гендерному признаку (мужчины и женщины); и с учетом возрастных критериев (молодые пациенты – до 30 лет; средний возраст 30–60 лет; и старше 60 лет).

Всем пациентам проводился сбор жалоб, анкетирование, сбор анамнеза, физикальное обследование, определение индекса массы тела (ИМТ), оценка состояния по шкале SMRT-CO.

Статистическую обработку данных проводили с использованием лицензионной программы STATISTICA. Сравнение статистических характеристик в различных группах и в динамике наблюдения проводилось с использованием параметрических и непараметрических критериев: проверка равенства дисперсий – по критериям Фишера (F) и Левена (L); оценка достоверности различий средних для несвязанных выборок – по критериям Стьюдента (t) и Манна-Уитни (U), для связанных – по соответствующим критериям Стьюдента (T) и Вилкоксона (W) множественные сравнения – за однофакторного дисперсионного анализом ANOVA и Краскала-Уоллиса (KW-H) и использованием поправки Бонферони; достоверность различий относительных показателей – по критерию χ^2 Пирсона, в том числе с поправкой Йетса, и критерием Мак-Немара (McNemar) при повторных измерениях.

5. Результаты исследования

Первоначально оценивались возрастные, гендерные показатели пациентов, а также особенности ИМТ, для выявления особенностей между пациентами 1 и 2 групп (табл. 1).

Также были оценены пики заболеваемости ТНП для определения особенностей сезонности заболевания. Как видно из рис. 1 количество пациентов, нуждающихся в госпитализации в ОРИТ совпадает с пиками максимальной заболеваемости у мужчин.

Известно, что тяжесть течения и последствия ТНП зависят от сроков госпитализации. То есть, чем длиннее промежуток между фактическим началом первых проявлений заболевания и началом оказания квалифицированной медицинской помощи, тем выше риск более тяжелого течения заболевания и развития осложнений последнего (табл. 2 и рис. 2) [6].

Таблица 1

Общая характеристика больных с ТНП
($M \pm m$ или абс./%)

Показатель	1-а группа (n=33)	2-а группа (n=55)	p между группами
Возраст, года	51,4 \pm 2,82	45,2 \pm 2,07	p=0,076
Пол	мужчины	21/63,6 %	p<0,05
	женщины	12/36,4 %	
Индекс массы тела, кг/м ²	26,9 \pm 0,73	26,2 \pm 0,81	p>0,05
Количество пациентов с избыточной массой тела и ожирением	23/69,7 %	30/54,5 %	p>0,05
Количество курящих пациентов	10/30,3 %	12/21,8 %	p>0,05

Примечания: p – уровень значимости различий между группами

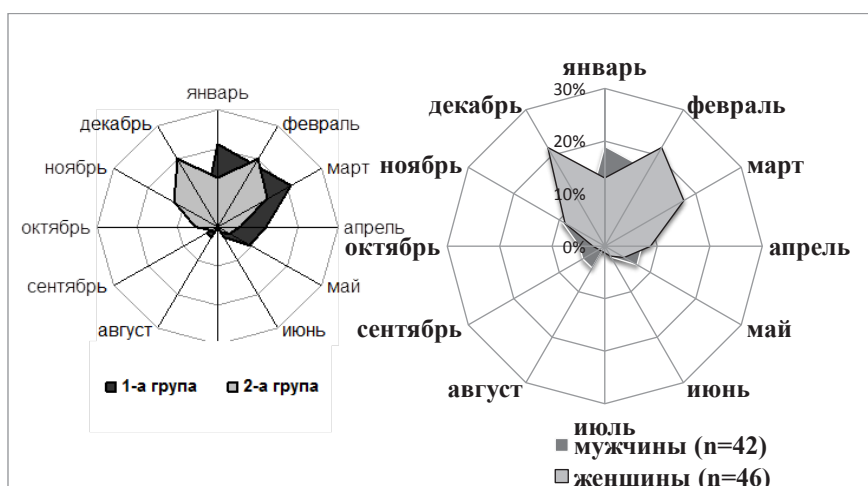


Рис. 1. Сезонность госпитализации больных с ТНП

Таблица 2

Длительность госпитализации больных с ТНП

Показатель	1-а группа (n=33)	2-а группа (n=55)	p между группами
Продолжительность заболевания до госпитализации, дни ($M \pm m$)	6,2 \pm 0,55	7,5 \pm 0,70	p>0,05
Продолжительность госпитализации, дни ($M \pm m$)	23,9 \pm 0,97	19,9 \pm 0,62	p<0,001
Пребывание в ОРИТ, дни (Me [LQ; UQ])	3 [2; 5]	–	p<0,001

Примечания: p – уровень значимости различий между группами

Полученные данные относительно клинических характеристик в зависимости от пола и возраста представлены в табл. 3.

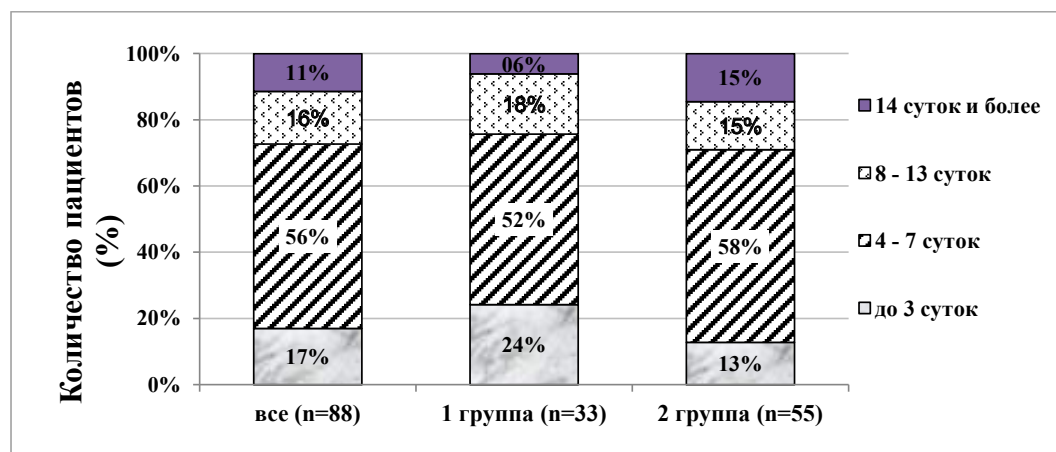


Рис. 2. Распределение больных ТНП по срокам заболевания до обращения за медицинской помощью

Таблица 3

Общая характеристика и сроки госпитализации больных с ТНП с учетом возраста и пола

Показатель	Пол		Возрастная группа		
	мужской (n=42)	женский (n=46)	до 30 лет (n=13)	от 30 до 60 лет (n=55)	более 60 лет (n=20)
ИМТ, кг/м ² (M±m)	26,6±0,67	26,3±0,92	21,5±1,03 ^{2,3}	27,3±0,75 ¹	27,1±0,93 ¹
Количество пациентов с избыточной массой тела и ожирением (абс./%)	27/64,3 %	26/56,5 %	2/15,4 % ^{2,3}	36/65,5 % ¹	15/75,0 % ¹
Курильщики (абс./%)	15/35,7 %	7/15,2 %*	2/15,4 %	17/30,9 %	2/10,0 %
Длительность заболевания до госпитализации, дни (M±m)	7,1±0,83	6,9±0,56	5,15±0,59 ²	7,7±0,60 ¹	6,4±1,19
Продолжительность госпитализации, дни (M±m)	21,7±0,8	21,0±0,8	20,6±1,1	20,9±0,8	23,0±1,0
Пребывание в ОРИТ (количество пациентов в %/продолжительность в днях Me [LQ; UQ])	50,0 %/ 4 [3; 6]	26,1 %*/ 2 [1; 2,5]*	23,1 %/ 2 [1,5; 2] ³	36,4 %/ 3 [1,7; 6,5]	50,0 %/ 4 [3,2; 4,8] ¹

Примечания: * – $p < 0,05$ в сравнении с группой мужчин; ^{1, 2, 3} – $p < 0,05$ в сравнении с соответствующей возрастной группой

6. Обсуждение результатов исследования

Как было отмечено, количество мужчин и женщин в основной группе больных на ТНП было статистически сопоставимым ($p > 0,05$), однако мужчины были старше женщин – средний возраст составил $50,8 \pm 2,35$ года против $44,6 \pm 2,12$ года, соответственно ($p < 0,05$). Сравнительный анализ демографических показателей в группах больных с ТНП 4-й клинической группы (1-я группа) и 3-й клинической группы (2-я группа) показал, что среди госпитализированных в ОРИТ было больше мужчин и пациентов старшего возраста (табл. 1). Более тяжелое течение ТНП у старшей возрастной группы широко обсуждается в научной литературе [6], однако, речь идет лишь о возрастных характеристиках пациентов, без учета гендерной принадлежности.

Как видим, группы пациентов были статистически сопоставимы по количеству курильщиков (30,3 % и 21,8 % в 1-й и 2-й группе, соответственно,

$p > 0,05$) и пациентов с избыточной массой тела и ожирением (69,7 % и 54,5 %, $p > 0,05$).

По данным анамнеза заболевания и анализа анкетирования больных, установлено, что пациенты основной группы были госпитализированы в сроки от 1 до 28 дней с момента начала заболевания. В среднем продолжительность заболевания до госпитализации составляла $7,0 \pm 0,49$ суток, в том числе в 1-й группе – $6,2 \pm 0,55$ суток, во 2-й – $7,5 \pm 0,70$ суток ($p > 0,05$) (табл. 2). При поступлении в стационар состояние всех больных соответствовало тяжелому.

В первые 3 дня заболевания госпитализированы 15 (17,0 %) больных, на 4–7 день – 49 (55,7 %), на 8–13 день – 14 (15,9 %), после 2 недель от возникновения первых симптомов заболевания – 10 (11,4 %) пациентов (рис. 2). При этом 11 (12,5 %) пациентов имели сомнения относительно срока начала заболевания и назвали ориентировочные сроки с разбегом в 3–4 суток. Достоверных различий между распре-

делениями пациентов из разных клинических групп по длительности заболевания до госпитализации не было ($\chi^2=3,25$; $p>0,05$). Следует отметить, что подавляющее большинство пациентов (более 70 %) занималась самолечением по советам знакомых или фармацевтов.

Все больные поступали в стационар в ургентном порядке. При анализе направлений больных в стационар оказалось, что преобладали направления бригад скорой медицинской помощи ($n=82-93,2$ % случаев), что может свидетельствовать о тяжести состояния больных во время госпитализации. При оценке сезонности заболеваемости ТНП, выявлена зависимость тяжести ТНП от сезона госпитализации ($p<0,05$). Установлено, что самый неблагоприятный сезон года в плане максимального уровня госпитализации с ТНП в ОРИТ наблюдался в январе (21,2 %), феврале (18,2 %) и марте (21,2 %), минимальный – летом и осенью (по одному случаю). Пациенты 2-й группы имели максимальное количество госпитализации по поводу ТНП в декабре (20,0 %) и феврале (20,0 %). То есть, наиболее высокий уровень общей заболеваемости ТНП бактериального генеза приходился на постепидемиологический период (рис. 1).

По результатам анализа продолжительности лечения оказалось, что средний срок продолжительности госпитализации составлял $21,3\pm 0,57$ дней. Причем пациенты 1-й группы нуждались в госпитализации в среднем на 4 дня дольше ($23,9\pm 0,97$ дней), чем больные 2-й группы $19,9\pm 0,62$ дней ($p<0,001$) (табл. 2). Средний срок пребывания в ОРИТ пациентов 1-й группы составил 3,0 [2,0; 5,0] суток.

Была выявлена зависимость сезонности госпитализации от пола. Максимальный уровень госпитализации среди мужчин наблюдался в январе (19,0 %), в то время как женщины чаще госпитализировались в декабре и феврале (21,7 %).

При анализе общей продолжительности госпитализации ($p>0,05$) была выявлена прямая корреля-

ция между тяжестью заболевания (и как следствие необходимостью госпитализации в ОРИТ) и полом.

Мужчины достоверно чаще нуждались в госпитализации в ОРИТ, что составило 50,0 % от всех случаев ТНП у мужчин (21 пациент из 42) против 26,1 % (12 пациентов из 46) у женщин ($p<0,05$). Что в свою очередь косвенно подтверждается наличием прямой корреляции между количеством баллов по шкале SMRT-CO и полом ($p<0,05$). Средний балл по шкале в группе мужчин равнялся $1,07\pm 0,18$ балла против $0,50\pm 0,14$ балла у женщин ($p<0,05$). Кроме того, средняя продолжительность пребывания мужчин в ОРИТ достоверно превышала таковую у женщин – 4 [3; 6] дня против 2 [1; 2,5] дня ($p<0,05$) (табл. 3).

Более половины больных ТНП старше 30 лет имели избыточную массу тела или ожирение – 65,5 % и 75,0 % пациентов в группах 30–60 лет и старше 60 лет против 15,4 % в группе до 30 лет ($p<0,001$). Пациенты старшей возрастной группы (свыше 60 лет) достоверно дольше находились в ОРИТ по сравнению с группой пациентов до 30 лет – 4 [3,2; 4,8] дня против 2 [1,5; 2] дни ($p<0,05$).

7. Выводы

1. Таким образом, заболеваемость ТНП имеет свою сезонность, что выходит за рамки общепринятых сроков максимальной заболеваемости, ее пик приходится на постепидемиологический период. Кроме того, следует отметить зависимость наличия пика заболеваемости ТНП от пола.

2. ТНП протекает более тяжело у мужчин, особенно старшей возрастной группы, что ведет к более частой необходимости в госпитализации таких пациентов в ОРИТ. Срок пребывания мужчин в ОРИТ достоверно превышает аналогичный у женщин.

3. К дополнительным факторам прогноза тяжелого течения можно отнести: принадлежность к мужскому полу, длительный (более 5 дней) период самолечения, наличие избыточной массы тела.

Литература

1. Перцева, Т. О. Клінічні та імунологічні особливості патології нижніх дихальних шляхів в епідемічний період [Текст] / Т. О. Перцева, Т. В. Кіреєва, К. О. Белослудцева // Медичні перспективи. – 2010. – Т. 15, № 2. – С. 4–10.
2. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного профілю в Україні за 2008–2014 рр. [Електронний ресурс]. – Національна академія медичних наук України. – К., 2014. – Режим доступу: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/pulmukr2014.pdf>
3. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2006–2007 [Текст] / ред. Ю. І. Фещенко. – К., 2008. – 47 с.
4. Перцева, Т. О. Ретроспективний аналіз летальних випадків тяжкої негоспітальної пневмонії: «маски тяжкої пневмонії» [Текст] / Т. О. Перцева, Т. В. Кіреєва, К. О. Белослудцева // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – № 2. – С. 26–30.
5. Фещенко, Ю. І. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов) [Текст] / Ю. І. Фещенко, О. А. Голубовська, К. А. Гончаров, О. Я. Дзюблик, Я. О. Дзюблик, В. В. Дмитриченко та ін. // Український пульмонологічний журнал. – 2012. – № 4. – С. 5–17.
6. Gibson, G. J. Respiratory health and disease in Europe: the new European Lung White Book [Text] / G. J. Gibson, R. Lodenkemper, B. Lundback, Y. Sibille // European Respiratory Journal. – 2013. – Vol. 2, Issue 3. – P. 559–563. doi: 10.1183/09031936.00105513
7. Перцева, Т. О. Маски тяжких пневмоній: алгоритми діагностики та лікування [Текст]: пр. пос. / Т. О. Перцева, Т. В. Кіреєва, К. О. Белослудцева. – Дніпропетровськ, 2014. – 64 с.

8. Дзюблик, О. Я. Ефективність та безпечність антибактеріальної терапії хворих на негоспітальну пневмонію хворих з нетяжким перебігом [Текст] / О. Я. Дзюблик, О. О. Мухін // Український пульмонологічний журнал. – 2005. – № 1. – С. 21–24.
9. Фещенко, Ю. І. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов) [Текст] / Ю. І. Фещенко, О. А. Голубовська, К. А. Гончаров, О. Я. Дзюблик, Я. О. Дзюблик, В. В. Дмитриченко та ін. // Український пульмонологічний журнал. – 2012. – № 4. – С. 5–17.
10. Перцева, Т. О. Індивідуалізація антибактеріальної терапії тяжкої негоспітальної пневмонії з урахуванням системного запалення та імунного статусу [Текст] / Т. О. Перцева, К. О. Белослудцева // Медичні Перспективи. – 2013. – Т. 18, № 2. – С. 25–31.
11. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» [Текст]. – МОЗ України. – № 128. – К., 2007. – 146 с. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070319_128.html

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Ханюков О. О.
Дата надходження рукопису 19.04.2017*

Авраменко Ирина Викторовна, асистент, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», ул. В. Вернадского, 9, г. Днепр, Украина, 49044